

ການຮ້ອງຂໍເອົາສັດທາການຈາກ Medi-Cal

ໃນການຕື່ມຈົດຮຽນຝ່ອມນີ້, ໃຫ້ປະຕິບັດຕາມວິທີຕື່ມໃບຮ້ອງຂໍ. ຂຽນຕົວບັນຈົງໃຫ້ຊັດເຈນ. ໃຫ້ໃຊ້ສະເພາະແຕ່ໝັກສິດນຳຫລືສີນຳເງິນເທົ່ານັ້ນ.

ໝວດທີ 1 ຂໍຊາບລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບບຸກຄົນທີ່ຕ້ອງການ Medi-Cal ເພື່ອໂຕເອງ, ຄອບຄົວຂອງເຂົາເຈົ້າ ຫລືເດັກທີ່ຢູ່ໃຕ້ການເບິ່ງແຍງຮັກສາຂອງເຂົາເຈົ້າ.

1 ນາມສະກຸນ	ຊື່ຕົວ	ອັກສອນຫຼັງຊື່ກາງ
2 ບ່ອນຢູ່ (ເຮືອນເລກທີ່ແລະຊື່ຖານ) . ຫ້າມລະບຸຕັ້ງໄປສະນີ ຖ້າບໍ່ແມ່ນຜູ້ໄຮ້ທີ່ອາໄສ	3 ຫ້ອງແຖວເລກທີ	4 ເບີໂທຢູ່ເຮືອນ ()
5 ເມືອງ/ລັດ	6 ຄາວຕີ້	7 ລະຫັດໄປສະນີ
9 ບ່ອນຮັບຈົດໝາຍ (ຫາກບໍ່ຄືກັບບ່ອນຢູ່ຂ້າງເທິງນີ້) ຫລະຕັ້ງໄປສະນີ	10 ຫ້ອງແຖວເລກທີ	11 ເບີໂທລະສັບທີ່ມີການອັດສຽງ ()
12 ເມືອງ		13 ລະຫັດໄປສະນີ
14A ພາສາໃດແດ່ ທີ່ທ່ານປາກໄດ້ດີທີ່ສຸດ?	14B ພາສາໃດແດ່ ທີ່ທ່ານອ່ານອອກໄດ້ດີທີ່ສຸດ?	

ໝວດທີ 2 ຂໍຊາບກ່ຽວກັບບຸກຄົນທີ່ລະບຸໃນໝວດທີ 1, ພ້ອມກັບຄອບຄົວຂອງບຸກຄົນນັ້ນແລະເດັກນ້ອຍທີ່ຕົນເບິ່ງແຍງຮັກສາຢູ່, ທັງນີ້ ແມ່ນແຕ່ໃນກໍລະນີທີ່ບຸກຄົນດັ່ງກ່າວບໍ່ຕ້ອງການໄດ້ຮັບການປະກັນ.

	ຜູ້ໃຫຍ່ 1/ໂຕເອງ	ຜູ້ໃຫຍ່ 2	ເດັກ 1	ເດັກ 2	ເດັກ 3
15 ຊື່ : ນາມສະກຸນ ຊື່ຕົວ ຊື່ກາງ					
16 ຄວາມສັມພັນກັບບຸກຄົນ ໃນໝວດທີ 1.					
17 ຫາກບ່ອນຢູ່ບໍ່ຄືບ່ອນທີ່ລະບຸ ໄວ້ໃນໝວດທີ 1, ໃຫ້ຕື່ມບ່ອນທີ່ອາໄສຢູ່ :					
18 ເພດ :	<input type="checkbox"/> ຊາຍ <input type="checkbox"/> ຍິງ				
19 ສະຖານະພາບການສົມລົດ :	<input type="checkbox"/> ໂສດ <input type="checkbox"/> ແຕ່ງງານ <input type="checkbox"/> ປະຮ້າງ <input type="checkbox"/> ຜຍກກັນ <input type="checkbox"/> ໝ້າຍ	<input type="checkbox"/> ໂສດ <input type="checkbox"/> ແຕ່ງງານ <input type="checkbox"/> ປະຮ້າງ <input type="checkbox"/> ຜຍກກັນ <input type="checkbox"/> ໝ້າຍ	<input type="checkbox"/> ໂສດ <input type="checkbox"/> ແຕ່ງງານ <input type="checkbox"/> ປະຮ້າງ <input type="checkbox"/> ຜຍກກັນ <input type="checkbox"/> ໝ້າຍ	<input type="checkbox"/> ໂສດ <input type="checkbox"/> ແຕ່ງງານ <input type="checkbox"/> ປະຮ້າງ <input type="checkbox"/> ຜຍກກັນ <input type="checkbox"/> ໝ້າຍ	<input type="checkbox"/> ໂສດ <input type="checkbox"/> ແຕ່ງງານ <input type="checkbox"/> ປະຮ້າງ <input type="checkbox"/> ຜຍກກັນ <input type="checkbox"/> ໝ້າຍ
20 ຊື່ຂອງຄູ່ສົມລົດຂອງຜູ້ເຍົາທີ່ແຕ່ງ ງານ ແລ້ວແລະອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນ .					
21 ເດືອນ ວັນ ປີເກີດ :	/ / ເດືອນ ວັນ ປີ				
22 ກຳລັງຖືພາ :	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ				
ວັນທີ່ຄາດວ່າຈະຄອດພຸດ:	/ / ເດືອນ ວັນ ປີ				
23 ມີຄວາມພິການທາງຮ່າງກາຍ, ຈິຕ ຫລືອາລົມຫລືບໍ່?	<input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ				
ມີການຄາດວ່າຈະພິການເຊັ່ນນີ້ອີກດົນ ປານໃດແດ່ :	<input type="checkbox"/> ຕັ້ງແຕ່ 30 ວັນຂຶ້ນໄປ <input type="checkbox"/> ຕັ້ງແຕ່ 12 ເດືອນຂຶ້ນໄປ	<input type="checkbox"/> ຕັ້ງແຕ່ 30 ວັນຂຶ້ນໄປ <input type="checkbox"/> ຕັ້ງແຕ່ 12 ເດືອນຂຶ້ນໄປ	<input type="checkbox"/> ຕັ້ງແຕ່ 30 ວັນຂຶ້ນໄປ <input type="checkbox"/> ຕັ້ງແຕ່ 12 ເດືອນຂຶ້ນໄປ	<input type="checkbox"/> ຕັ້ງແຕ່ 30 ວັນຂຶ້ນໄປ <input type="checkbox"/> ຕັ້ງແຕ່ 12 ເດືອນຂຶ້ນໄປ	<input type="checkbox"/> ຕັ້ງແຕ່ 30 ວັນຂຶ້ນໄປ <input type="checkbox"/> ຕັ້ງແຕ່ 12 ເດືອນຂຶ້ນໄປ

ໝວດທີ 2

ຕໍ່	ຜູ້ໃຫຍ່ 1 / ໂຕເອງ	ຜູ້ໃຫຍ່ 2	ເດັກ 1	ເດັກ 2	ເດັກ 3
24 ເຄີຍມີໃຜຮັບເງິນສົດຊ່ວຍເຫລືອ, ລາຍໄດ້ເພີ່ມເຕີມ SSI, ບັດຊື້ອາຫານ ຫລື Medi-Cal ຫລືບໍ່? ຖ້າຕອບວ່າ "ເຄີຍ", ໄດ້ຮັບໃນນາມຂອງໃຜແດ່?	<input type="checkbox"/> ເຄີຍ <input type="checkbox"/> ບໍ່ເຄີຍ				
25 ຂໍຊາບໝາຍເລກບັດ (BIC) ປະຈຳຕົວຜູ້ຮັບ ສະສັດການຈາກ Medi-Cal, ຖ້າທ່ານມີ :					
26 ຕ້ອງການໄດ້ຮັບສະສັດການທາງດ້ານ ການຮັກສາສຸຂະພາບບໍ່?	<input type="checkbox"/> ຕ້ອງການ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຕ້ອງການ				
27 ທ່ານເປັນເຈົ້າຂອງເຮືອນ, ຫລືກຳລັງຊື້ ເຮືອນ, ນອກເຂດລັດຖະເຄຣດິດໂມງຮູ ແມ່ນຫລືບໍ່?	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ				

ໝວດທີ 3 ໃຫ້ຕອບສໍາຫລັບເດັກທຸກໆ ຄົນທີ່ລະບຸຊື່ໃນໝວດທີ 2.

ເດັກ 1	ເດັກ 2	ເດັກ 3	ຍັງບໍ່ທັນເກີດ
28 ຊື່ຂອງແມ່:	ຊື່ຂອງແມ່:	ຊື່ຂອງແມ່:	ຊື່ຂອງແມ່:
ບໍ່ຊາບວ່າແມ່: <input type="checkbox"/> ເຮັດວຽກ <input type="checkbox"/> ພິການ <input type="checkbox"/> ວາງງານ <input type="checkbox"/> ເຖິງແກ່ກັມ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຢູ່	ບໍ່ຊາບວ່າແມ່: <input type="checkbox"/> ເຮັດວຽກ <input type="checkbox"/> ພິການ <input type="checkbox"/> ວາງງານ <input type="checkbox"/> ເຖິງແກ່ກັມ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຢູ່	ບໍ່ຊາບວ່າແມ່: <input type="checkbox"/> ເຮັດວຽກ <input type="checkbox"/> ພິການ <input type="checkbox"/> ວາງງານ <input type="checkbox"/> ເຖິງແກ່ກັມ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຢູ່	ບໍ່ຊາບວ່າແມ່: <input type="checkbox"/> ເຮັດວຽກ <input type="checkbox"/> ພິການ <input type="checkbox"/> ວາງງານ
29 ຊື່ຂອງພໍ່:	ຊື່ຂອງພໍ່:	ຊື່ຂອງພໍ່:	ຊື່ຂອງພໍ່:
ບໍ່ຊາບວ່າພໍ່: <input type="checkbox"/> ເຮັດວຽກ <input type="checkbox"/> ພິການ <input type="checkbox"/> ວາງງານ <input type="checkbox"/> ເຖິງແກ່ກັມ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຢູ່	ບໍ່ຊາບວ່າພໍ່: <input type="checkbox"/> ເຮັດວຽກ <input type="checkbox"/> ພິການ <input type="checkbox"/> ວາງງານ <input type="checkbox"/> ເຖິງແກ່ກັມ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຢູ່	ບໍ່ຊາບວ່າພໍ່: <input type="checkbox"/> ເຮັດວຽກ <input type="checkbox"/> ພິການ <input type="checkbox"/> ວາງງານ <input type="checkbox"/> ເຖິງແກ່ກັມ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຢູ່	ບໍ່ຊາບວ່າພໍ່: <input type="checkbox"/> ເຮັດວຽກ <input type="checkbox"/> ພິການ <input type="checkbox"/> ວາງງານ <input type="checkbox"/> ເຖິງແກ່ກັມ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຢູ່

ໝວດທີ 4 ໃຫ້ແຈ້ງລາຍໄດ້/ເງິນທຸກໆ ລາຍ ເຊິ່ງບຸກຄົນທີ່ລະບຸຊື່ໄວ້ໃນໝວດທີ 2 ໄດ້ຮັບມາ.

30 ຊື່ຂອງບຸກຄົນທີ່ໄດ້ຮັບລາຍໄດ້/ເງິນ	31 ທີ່ມາຂອງລາຍໄດ້/ເງິນທີ່ໄດ້ຮັບມາ (ການເຮັດວຽກ, ສະສັດການສັງຄົມ)	32 ຈໍານວນລາຍໄດ້/ເງິນທີ່ໄດ້ຮັບ	33 ຄວາມຖີ່ທີ່ໄດ້ຮັບລາຍໄດ້/ເງິນ (ເດືອນລະເທື່ອ, ເດືອນລະສອງເທື່ອ, ອາທິດລະເທື່ອ, ອາທິດລະສອງເທື່ອ, ວັນລະເທື່ອ)

ໝວດທີ 5 ໃຫ້ມອບລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ/ຄ່າໃດໆ ທີ່ແຈ້ງແລ້ວ ເຊິ່ງອອກໂດຍບຸກຄົນທຸກໆ ຄົນທີ່ລະບຸຊື່ໃນໝວດທີ 2.

ປະເພດຂອງລາຍຈ່າຍທີ່ອອກໂດຍຄອບຄົວຂອງທ່ານ	34 ຊື່ຂອງຜູ້ທີ່ຈ່າຍ	35 ເງິນຈໍານວນທີ່ຈ່າຍຕໍ່ເດືອນ	36 ຄ່າເບິ່ງແຍງຮັກສາເຕັກ ຫລື ຄ່າເບິ່ງແຍງຮັກສາຜູ້ໃຫ້ການອຸປະກັມ (ລະບຸຊື່ຂອງລັກສະນະຜູ້ໃຫ້ການອຸປະກັມ)	37 ອາຍຸ	38 ຊື່ຂອງຜູ້ທີ່ຈ່າຍເງິນ	39 ເງິນຈໍານວນທີ່ຈ່າຍຕໍ່ເດືອນ
ຄ່າອຸປະກາລະເດັກ			1.			
ຄ່າອຸປະກາລະລ້ຽງດູຄູ່ສົມລົດ			2.			
ຄ່າປະກັນສຸຂະພາບອື່ນ ໆ			3.			
ຄ່າປະກັນ Medicare			4.			

ໝວດທີ 6

ໃຫ້ຂ້າມໝວດນີ້ໃນກໍລະນີທີ່ທ່ານກຳລັງຢືນຄຳຮ້ອງຂໍສຳຫລັບເດັກອາຍຸຕໍ່າກ່ວາ 19 ປີ ທີ່ຮຽນຮ້ອງກັບການຖືພາ) .

ບໍ່ຢ່າງນັ້ນ ກໍໃຫ້ຕອບສຳຫລັບບຸກຄົນທຸກ ໆ ຄົນທີ່ລະບຸຊື່ໃນໝວດທີ 2.

40	ມີໃຜແດ່ ທີ່ມີເງິນສົດໜີ້ສິດທີ່ຍັງບໍ່ທັນໄດ້ແລກປ່ຽນເງິນສົດໜີ້ສິດ ຖ້າຕອບວ່າ "ມີ" ໃຫ້ລະບຸຈຳນວນ ນະ ທີ່ນີ້ _____ (ໃຫ້ເບິ່ງວິທີຕື່ມໃບຮ້ອງຂໍ)	<input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ
41	ມີໃຜແດ່ ທີ່ມີບັນຊີເຊັກ, ບັນຊີອອມສິນ ຫລືປະກັນຊີວິດໜີ້ສິດ? (ໃຫ້ເບິ່ງວິທີຕື່ມໃບຮ້ອງຂໍ)	<input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ
42	ມີລິດຖືນັ້ນຫລືຫລາຍຄົນໃນຄອບຄົວນີ້ບໍ່? (ໃຫ້ເບິ່ງວິທີຕື່ມໃບຮ້ອງຂໍ)	<input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ
43	ມີໃຜແດ່ ທີ່ມີສິດຮັບສິ່ງໃດຕາມຄຳສັ່ງຫລືຄຳພິພາກສາຂອງສານບໍ່? (ໃຫ້ເບິ່ງວິທີຕື່ມໃບຮ້ອງຂໍ)	<input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ
44	ມີໃຜແດ່ ທີ່ມີປະກັນສຳຫລັບການຮັກສາພະຍາບານລະຍະຍາວບໍ່? (ໃຫ້ເບິ່ງວິທີຕື່ມໃບຮ້ອງຂໍ)	<input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ
45	ມີໃຜຜູ້ໃດແດ່ ທີ່ມີສິ່ງໃດໆ ດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ບໍ່ ເຊັ່ນ ຫຸ້ນ, ພັນທະບັດ, ກອງທຶນເງິນບຳນານ, ຫຼັສທ໌, ອະສັງຫາລິມະຊັບ, ລົດຍົນທີ່ໃຊ້ໃນທຸລະກິດ, ບັນຊີເງິນເຜື້ອທຸລະກິດ, ສັນຍາຊຳລະໜີ້ສິນ, ເງິນຈຳນອງ, ເອກະສານສິດທິ, ລົດຍົນທີ່ໃຊ້ໃນການພັກຜ່ອນຢ່ອນໃຈ, ກອງທຶນເພື່ອການທຳສົບ, ເງິນປີ, ແຜ່ດພອບ (ເຊິ່ງບໍ່ແມ່ນຂອງສືບທອດກັນໃນຕະກູນຫລືຂອງແຕ່ງດອງ), ສິດທິໃນບໍ່ນຳມັນຫລືເໝືອງຜູ້ຮ່ວມ? (ໃຫ້ເບິ່ງວິທີຕື່ມໃບຮ້ອງຂໍ)	<input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ
46	ມີໃຜຜູ້ໃດທີ່ລະບຸຊື່ໄວ້ໃນເຈ້ຍຟອມນີ້ແດ່ ທີ່ໄດ້ໂອນ, ຂາຍ, ແລກ ຫລືໃຫ້ສິ່ງໃດໆ ເຊັ່ນສິ່ງທີ່ໄດ້ຮຽນມາແລ້ວໃນຂ້າງຕົ້ນນີ້ພາຍໃນລະຍະ 30 ເດືອນທີ່ຜ່ານມາ? (ໃຫ້ເບິ່ງວິທີຕື່ມໃບຮ້ອງຂໍ)	<input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ
47	ມີສິ່ງໃດແດ່ ທີ່ໄດ້ຮຽນໃນໝວດນີ້ແລ້ວ ແຕ່ນຳໄປຈ່າຍຫລືໃຊ້ເປັນຫລັກປະກັນສຳຫລັບຄ່າຮັກສາພະຍາບານໜີ້ສິດ? (ໃຫ້ເບິ່ງວິທີຕື່ມໃບຮ້ອງຂໍ)	<input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ

ໝວດທີ 7

ໃຫ້ຕອບສຳຫລັບບຸກຄົນທີ່ຕ້ອງການໄດ້ຮັບສົ່ງສິດການຈາກ Medi-Cal ໂດຍສະເພາະເທົ່ານັ້ນ.

	ຜູ້ໃຫຍ່ 1/ໂຕເອງ	ຜູ້ໃຫຍ່ 2	ເດັກ 1	ເດັກ 2	ເດັກ 3	
48	ໝາຍເລກບັດໄສໄສ້.					
ທ່ານອາດສາມາດຮັບ Medi-Cal ໄດ້ ທັງນີ້ ແມ່ນ ແຕ່ ໃນ ກໍລະນີ ທີ່ ທ່ານ ບໍ່ມີ ໝາຍເລກບັດໄສໄສ້.						
49	ບ່ອນເກີດ : ມົນລັດ ຫລື ປະເທດ .					
50	ມີສັນຊາດສະຫະລັດຫລືບໍ່? ຖ້າຕອບວ່າ "ບໍ່ມີ" ໃຫ້ຂຽນວັນທີ່ເຂົ້າມາຢູ່ສະຫະລັດ	<input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ / / ເດືອນ ວັນ ປີ	<input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ / / ເດືອນ ວັນ ປີ	<input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ / / ເດືອນ ວັນ ປີ	<input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ / / ເດືອນ ວັນ ປີ	
51	ທ່ານຢູ່ໃນສະຖານທີ່ທີ່ໃຫ້ການຮັກສາ ພະຍາບານລະຍະຍາວ ຫລືເປັນຄົນໄຂ້ ປະເພດກິນນອນໃນສະຖານທີ່ແຫ່ງໃດ ແຫ່ງນຶ່ງບໍ່?	<input type="checkbox"/> ຢູ່ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຢູ່				
	ຖ້າຕອບວ່າ "ຢູ່" ຂໍຊາບຊື່ຂອງສະຖານ ທີ່ນັ້ນ : ທ່ານມີເຈາຕນາທີ່ຈະກັບໄປ ຢູ່ເຮືອນບໍ່?	<input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ				
	ທ່ານມີເຈາຕນາທີ່ຈະກັບໄປຢູ່ເຮືອນພາຍ ໃນຫົກເດືອນໜີ້ສິດບໍ່?	<input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ				
52	ມີປະກັນສຸຂະພາບ / ແຂ້ວໜີ້ສາຍຕາບໍ່?	<input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ				
53	ໄດ້ມີຄ່າຮັກສາພະຍາບານເກີດຂຶ້ນພາຍ ໃນລະຍະ 3 ເດືອນ ກ່ອນເດືອນທີ່ທ່ານ ຍື່ນຄ່າຮ້ອງຂໍ ແລະຕ້ອງການມີ Medi-Cal ເພື່ອຈ່າຍຄ່າດັ່ງກ່າວບໍ່.	<input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ	<input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ	<input type="checkbox"/> ຢູ່ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຢູ່	<input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ	<input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ
54	ມີຄະດີໃນລະຫວ່າງການພິຈາລະນາເນື່ອງ ຈາກໄດ້ປະສົບອຸບັດຕິເຫດຫລືໄດ້ຮັບບາດເຈັບບໍ່?	<input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ	<input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ	<input type="checkbox"/> ຢູ່ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຢູ່	<input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ	<input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ

ໝວດທີ 7

ຕໍ່

	ຜູ້ໃຫຍ່ 1/ໂຕເອງ	ຜູ້ໃຫຍ່ 2	ເດັກ 1	ເດັກ 2	ເດັກ 3
55 ມີຜູ້ໃຫຍ່, ຄູ່ສົມລົດ ຫລືພໍ່/ແມ່ຂອງເດັກທີ່ກຳລັງຮັບຫລືເສີຍຮັບຮາຊາການທະຫານທີ່ກອງທັບສະຫະລັດບໍ່?	<input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> ໂຕເອງ <input type="checkbox"/> ຄູ່ສົມລົດ <input type="checkbox"/> ພໍ່/ແມ່	<input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> ໂຕເອງ <input type="checkbox"/> ຄູ່ສົມລົດ <input type="checkbox"/> ພໍ່/ແມ່	<input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> ໂຕເອງ <input type="checkbox"/> ຄູ່ສົມລົດ <input type="checkbox"/> ພໍ່/ແມ່	<input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> ໂຕເອງ <input type="checkbox"/> ຄູ່ສົມລົດ <input type="checkbox"/> ພໍ່/ແມ່	<input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> ໂຕເອງ <input type="checkbox"/> ຄູ່ສົມລົດ <input type="checkbox"/> ພໍ່/ແມ່
56 ຊົນຊາດ (ເຊື້ອຊາດ) : (ບໍ່ຕ້ອງຕອບກໍໄດ້)					
57 ເປັນນັກຮຽນຕົ້ນເວລາ ແມ່ນບໍ່?	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ				
58 ຢູ່ຫ່າງຈາກເຮືອນ ແມ່ນບໍ່?	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ				

ໝວດທີ 8

ການເປີດເສີຍຂໍ້ມູນ (ບໍ່ຕ້ອງຕອບກໍໄດ້) .

- 59 ຫາກສະມາຊິກຄອບຄົວຜູ້ໃດຜູ້ນຶ່ງບໍ່ມີສິດຮັບ Medi-Cal ໂດຍບໍ່ຕ້ອງຈ່າຍເງິນເລີຍ, ແຕ່ຍັງອາດມີສິດຮັບການປະກັນສຸຂະພາບໃນອັດຕາຕໍ່າໄດ້, ຈະໃຫ້ທ້ອງການປະຊາສົ່ງເຄາະປະຈຳທ້ອງຖິ່ນສົ່ງເຈົ້າຟອມສະບັບນີ້ໄປຍັງໂຄງການ Healthy Families ບໍ່? ໃຫ້ ບໍ່ໃຫ້
- 60 ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບຄວາມຊ່ວຍເຫລືອຈາກ (ໃຫ້ລະບຸຊື່ບຸກຄົນນັ້ນ) _____ ໃນຂະນະທີ່ຕື່ມຄຳຮ້ອງຂໍນີ້. ຂ້າພະເຈົ້າຕົກລົງວ່າ ຫ້ອງການປະຊາສົ່ງເຄາະປະຈຳທ້ອງຖິ່ນອາດແຈ້ງຂ່າວກ່ຽວກັບສະຖານະພາບຂອງການຮ້ອງຂໍຄັ້ງນີ້ໃຫ້ແກ່ບຸກຄົນດັ່ງກ່າວ. ໃຫ້ຜູ້ຮ້ອງຂໍ ກະລຸນາຂຽນອັກສອນຫຼັງຊື່ _____

ໝວດທີ 9

ລາຍເຊັນແລະຄຳຮ້ອງ.

- 61 ຂ້າພະເຈົ້າ ໂດຍຢູ່ໃຕ້ອຳນາດຂອງກົດໝາຍຂອງລັດແຄລິຟໍເນຍທີ່ວ່າດ້ວຍການກ່າວເຫັດ ຂໍຢັ້ງຢືນວ່າ ເທົ່າທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຊາບແລະເຂົ້າໃຈ ຄຳຕອບທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ໃຫ້ໃນຄຳຮ້ອງຂໍສະບັບນີ້, ຮວມທັງເອກະສານທີ່ສເນີ ຖືກຕ້ອງແລະເປັນຄວາມຈິງທຸກປະການ.
- ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢັ້ງຢືນວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ອ່ານແລະເຂົ້າໃຈວິທີຕື່ມໃບຮ້ອງຂໍ, ຄຳຖະແຫລງ, ແລະລາຍລະອຽດໝົດທຸກຢ່າງທີ່ພິມໄວ້ ໃນຄຳຮ້ອງຂໍສະບັບນີ້.
- ລາຍເຊັນ _____ ວັນທີ _____
- ລາຍເຊັນຂອງພີ່ຍານ (ຫາກບຸກຄົນນັ້ນໄດ້ແກ້ມ ກາແທນລາຍເຊັນ) _____ ວັນທີ _____
- ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ທີ່ຊ່ວຍຜູ້ຮ້ອງຂໍຕື່ມເຈົ້າຟອມ _____ ເປີໂທລະສັບ _____ ຄວາມສັມພັນກັບຜູ້ຮ້ອງຂໍ _____ ວັນທີ _____
- ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ກະທຳໃນນາມຂອງຜູ້ຮ້ອງຂໍ/ຜູ້ຮັບປະໂຫດ _____ ເປີໂທລະສັບ _____ ຄວາມສັມພັນກັບຜູ້ຮ້ອງຂໍ _____ ວັນທີ _____

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຊາບລາຍລະອຽດກ່ຽວກັບໂຄງການໃດໆ ຂ້າງລຸ່ມນີ້, ໃຫ້ໝາຍຊ່ອງຂ້າງລຸ່ມນີ້ ແລ້ວຈະສົ່ງລາຍລະອຽດນັ້ນໄປໃຫ້ແກ່ທ່ານ.
 ໃຫ້ເບິ່ງປື້ມຂອງ Medi-Cal, "Health Care for Families with Children"
 ຫລືແຜນຜັງໄຊທ໌ຂອງເຮົາ ທີ່ www.dhs.ca.gov

- ໂຄງການ Personal Care Service Program (PCSP). ແມ່ນໂຄງການສຳຫລັບການຮັກສາພະຍານຢູ່ເຮືອນ.
- ໂຄງການ Access for Infants, and Mothers (AIM). ແມ່ນໂຄງການສຳຫລັບຊ່ວຍໃຫ້ຍິງຖືພາທີ່ມີລາຍໄດ້ປານກາງໄດ້ຮັບການຮັກສາສຸຂະພາບ.
- ໂຄງການ Woman, Infants and Children Nutrition Program (WIC). ແມ່ນໂຄງການອາຫານສຳຫລັບຍິງຖືພາ, ຍິງທີ່ຫາກໍໄດ້ຄອດບຸດ ແລະເດັກອາຍຸຕໍ່າກວ່າ 5 ປີ.
- ການວາງແຜນຄອບຄົວ
- ໂຄງການ Child Health and Disability Program (CHDP). ໃຫ້ການຮັກສາປ້ອງກັນໂຣຄສຳຫລັບເດັກລະບູວະຊົນ. ທ່ານຢາກໃຫ້ບຸດຂອງທ່ານໄດ້ຮັບການນຳສົ່ງໄປຍັງໂຄງການ CHDP ນີ້ບໍ່? ຢາກ ບໍ່ຢາກ